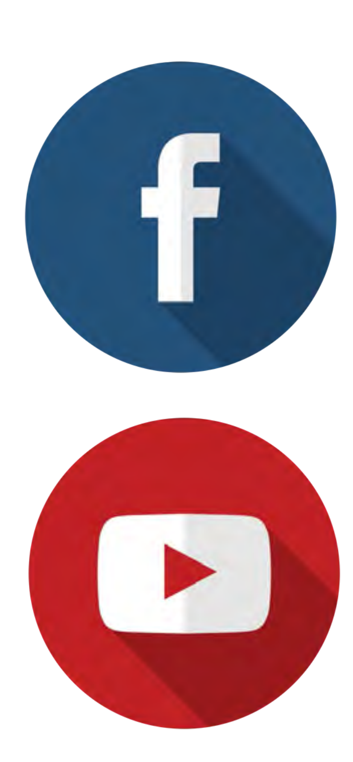
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







scarlatine

Dr Saad djaballah

INTRODUCTION

- toxi-infection aigue contagieuse
- Streptocoque β hémolytique A
- Angine streptococcique + Eruption cutanée
- Actuellement bénigne
- Risque de complications

- Atteinte linguale: meilleur signe diagnostic

- *Formes atténuées*: fréquentes
  diagnostic difficile

- *Sans traitement* ⟹ complications rénales
  cardiaques

ÉPIDÉMIOLOGIE

- Ubiquitaire

- Hiverno-printanière

- *Age:* 2ème enfance 7 – 8 ans
  Adulte : rare
  Avant 1 an, exceptionnelle

- *Contagiosité:* 3 j avant l’éruption
  5 j suivant l’éruption

- *Contamination:* porteurs de germes
  malades sains

- *Transmission:* voie aérienne

- Sporadique +++

- Épidémique + (centre de santé)

BACTÉRIOLOGIE

- Streptocoque β hémolytique pyogène

- Protéine M de paroi: 100 sérotypes

M3, M4 → Scarlatine

Ac anti-prot M spécifiques du type

- Bactériophage codant pour une toxine érythrogène = *exotoxine pyrogène*

Toxine

- Érythrogène ⟹ signes cliniques:

  signes généraux,

  éruption maculopapuleuse,

  vomissements,

  néphropathie précoce.

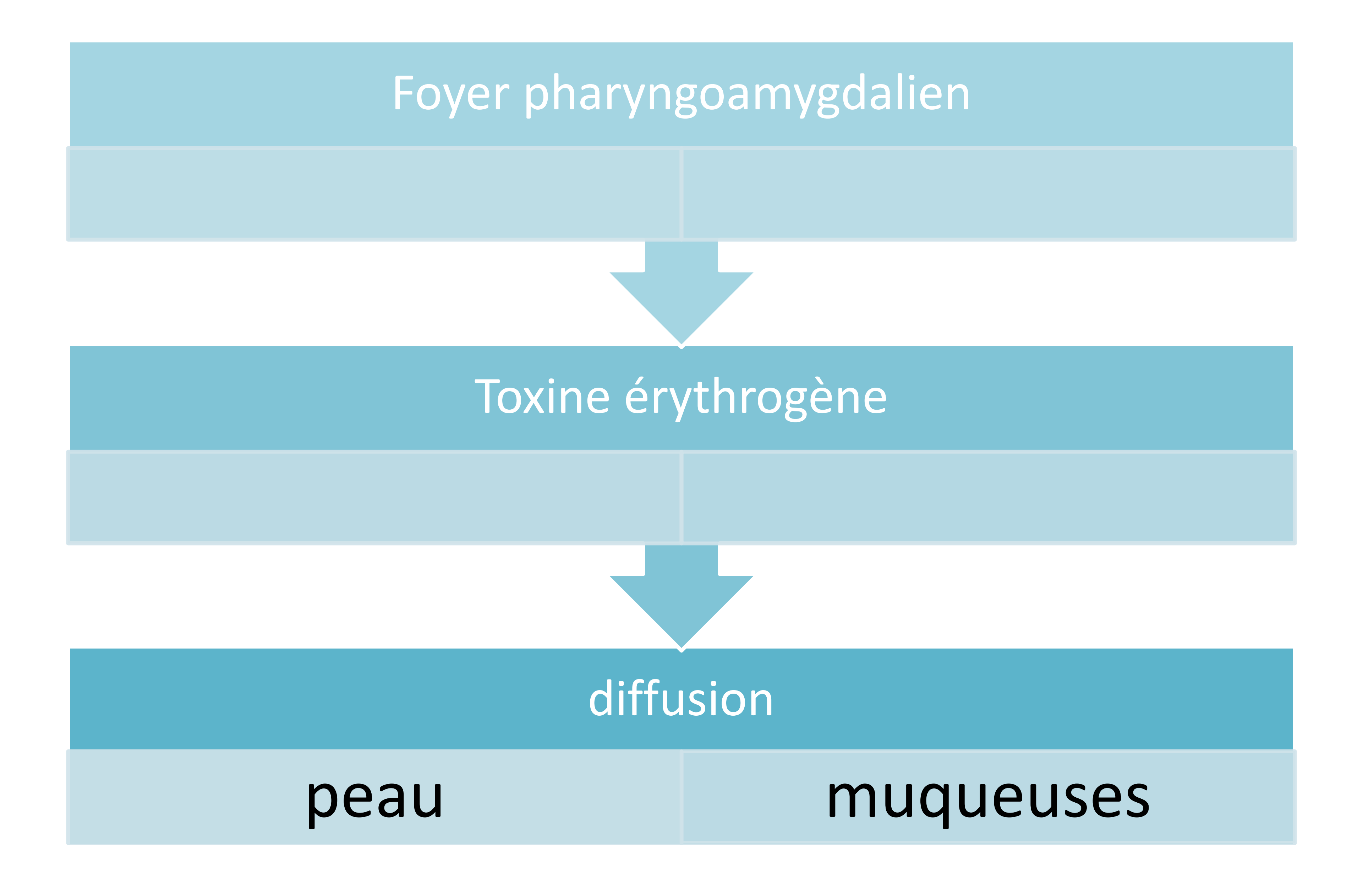
- Immunogène, immunité spécifique du sérotype de la toxine en cause. A, B, C .

PHYSIOPATHOLOGIE

- La toxine diffuse à partir d'un foyer suppuré primaire pharyngo-amygdalien

- La toxine ⟶ *exanthème + énanthème*

- Localement: vasodilatation
  œdème dermique
  infiltrat lymphocytaire
- Formes bénignes: toxines B, C
- Formes sévères: toxine A


Foyer pharyngoamygdalien
Toxine érythrogène
diffusion
peau
muqueuses

CLINIQUE

- Forme commune

  incubation: 2 - 5 jours

  invasion

  état

  convalescence

- Formes cliniques

Forme commune

⟶ ***Invasion:*** brutale, brève 24 - 48h , intense

- Fièvre 39 - 40,
- malaise général,
- céphalées,
- vomissements,
- douleurs abdominales,
- tachycardie non corrélée à la température
- dysphagie +++,
- Arthralgies.

Forme commune

- Examen:

1. *Énanthème :*

Angine érythémateuse / E - P

rouge écarlate: piliers, voile

2. *langue* saburrale bords et pointes rouges

milieu enduit blanchâtre

3. *Adénopathies* locorégionales satellites sous-angulomaxillaires sensibles

Forme commune

→ ***État***:

1. Exanthème

2. Enanthème

3. Signes généraux

Exanthème

- Éruption maculo-papuleuse confluente (sans espaces de peau saine)
- *débute* au thorax, abdomen, racines des cuisses
- *Se généralise* ; aspect en caleçon
- Respecte paumes et plantes
- Rugueuse , granité; en peau de chagrin
- 1 seule poussée: 24 - 48h
- plis : +++++ purpurique: signe de Pastia



Examen physique

- *Rougeur des pommettes:*
  aspect souffleté de Trousseau

- *Pâleur péribuccale:* signe de filatov

- *Évolution:* 1 seule poussée;
  max 24 - 48h;
  Régression 6ème jour.

Enanthème

clef du diagnostic ,

constant , meilleur signe clinique

- *Angine:* régresse ; 6ème jour,

  aspect normal; 10ème jour
- *Langue*: évolution cyclique pathognomonique

Desquamation de la pointe et des bords ⟹ base

J4: V lingual = v rouge limitant un triangle blanc

J6 langue totalement rouge sombre dépapillée framboisé

J10 réparation, l'épithélium se reconstitue



J4



J6

Signes généraux

- *Fièvre* 39 - 40
- *Pouls* accéléré
- *Urines* foncés, rares

Convalescence

- Desquamation: 8 – 15ème jour

Débute au tronc comme l'éruption

fine au tronc

larges lambeaux, +++ palmo-plantaire

en doigts de gants et en chaussettes

brève.



Évolution

- Sous traitement:

  angine: régresse en 48 - 72H

  éruption: évolution non influencé par le traitement

- Sans traitement:

  angine: régression en 6 - 8 j

  guérison possible

  Complications ++++

COMPLICATIONS

1. Locorégionales: rares

otite

mastoïdite

sinusite

adénite cervicale

2. Rénales:

Précoces; *néphrite interstitielle*

contemporaine de l'éruption

Découverte biologique:

labstix: protéinurie

Bon pronostic

Tardives ; *GNA post-streptococcique*

non / insuffisamment traitée

3. Rhumatismales :

Précoces ; les extrémités = *Rh scarlatin précoce*

bon pronostic

Tardives; 2 – 3 S après

RAA post-streptococcique

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif

- ***Arguments anamnestiques:***
  1. absence d'antécédents de scarlatine
  2. contage
  3. âge
- ***Arguments cliniques***:

  caractères l'exanthème / l'énanthème
- ***Arguments para-cliniques:***
  1. NFS: hyperleucocytose à PN

     discrète éosinophilie 3 – 6 %
  2. ASLO : élevés, tardive 10 - 15 J
  3. Prélèvement de gorge

Diagnostic différentiel

- Allergie médicamenteuse
- Syndrome du choc toxique staphylococcique
- Autres viroses: rougeole, rubéole,
  mononucléose infectieuse
  entérovirus, adénovirus

FORMES CLINIQUES

1. Atténuées :

Plus fréquentes

Invasion: + discrète sans signes toxiques

Éruption peu importante rosée aux plis

Desquamation très fine , inaperçue

2. Puerpérales:

PE utérine; accouchement septique

Énanthème vulvaire

3. Chirurgicale:

PE plaie, brulure

Éruption péri-lésionnelle

4. Maligne:

Collapsus,

Signes hémorragiques,

Insuffisance rénale

5. Compliqués

TRAITEMENT

objectifs

1. Raccourcir la durée d'évolution
2. Éviter la progression de la maladie
3. Prévenir les complications

Spécifique

- ***Antibiotique:*** *βlactamines*

Péni V = oracilline

A: 3 - 4 MU / J

E: 50000 UI / kg / J

Péni G; IM / IV

A: 3 – 6 MU / J

E: 50000 – 100000 UI / kg / J

- Amoxicilline : PO / IV

  A: 2 G / J

  E: 50 mg / kg / J

- C1G: cefalexine PO / IV

  A: 2 G / J

  E: 50 mg / kg / J

- Si Allergie  Macrolide

Erythromycine : PO

A: 2 G/j

E: 50 mg / kg / J

Azithromycine: PO

A: 500 mg 2* /J pdt 3 J

Durée: 10 – 15 jours

Symptomatique

- Repos au lit
- isolement
- Antipyrétiques
- AINS: contre indiqués
- Rechercher protéinurie / hématurie
- Traiter complications tardives
- Prophylaxie de l'entourage pendant 5 j
- Surveillance cardiaque jusqu'à 4 – 6 S